

EL(LA) SECRETARIO(A) DE FACULTAD

CERTIFICA QUE

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE, quien se identifica con Cédula No. XXXXXX, aprobó las asignaturas y actividades académicas en el plan de estudios **MAESTRIA EN MEDICINA ALTERNATIVA**, que suman 75 créditos.

Aprobó el Trabajo Final titulado(a) “Instrumento de habitación de los servicios de Terapia Neural en Colombia”

Que el (la) estudiante tiene pendiente la Ceremonia de grado para optar por el título **MAGISTER EN MEDICINA ALTERNATIVA, ÁREA TERAPIA NEURAL**

Se expide este certificado a solicitud del (la) interesado(a) en la ciudad de Medellín, a los veintiseis (26) días del mes de febrero del año dos mil veintiuno (2021).

NOMBRE COMPLETO DEL FIRMANTE
Secretaria de Facultad
FACULTAD DE MEDICINA

Nota: Validación mediante correo electrónico certificados_med@unal.edu.co

Nota: Un crédito es la unidad que mide el tiempo que el estudiante requiere para cumplir a cabalidad los objetivos de formación de cada asignatura y equivale a 48 horas de trabajo del estudiante en un periodo académico. (Artículo 6 del Acuerdo 033 de 2007 del CSU)